

В.Н. Покусаева,
В.Н. Петрова,
Е.И. Мариновичева

Смоленская медицинская
государственная академия,
г. Смоленск

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ГЕСТОЗА, РАЗВИВШЕГОСЯ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Данное наблюдение посвящено нетрадиционной форме гестоза, которые все чаще встречаются в практической деятельности акушеров. Несмотря на многочисленные исследования последних лет, проблема гестоза до настоящего времени остается одной из наиболее актуальных в современном акушерстве. Это объясняется рядом факторов: высокая частота встречаемости (7-25%), влияние на увеличение частоты невынашивания беременности, плацентарной недостаточности, маточных кровотечений при беременности, в родах и послеродовом периоде. Все это определяет ведущее значение гестоза в структуре материнской и перинатальной смертности [1, 2, 4]. Обычно это осложнение встречается после 20 недель гестации. Однако в последнее время отмечен рост частоты атипичных форм гестоза, в том числе, развивающихся в первой половине беременности [3].

Предлагается описание наблюдения сочетанного гестоза при беременности 15 недель.

Клиническое наблюдение сочетанного гестоза при беременности 15 недель.

Несмотря на многочисленные исследования последних лет, проблема гестоза до настоящего времени остается

одной из наиболее актуальных в современном акушерстве. Это объясняется рядом факторов: высокая частота встречаемости (7-25%), влияние на увеличение частоты невынашивания беременности, плацентарной недостаточности, маточных кровотечений при беременности, в родах и послеродовом периоде. Все это определяет ведущее значение гестоза в структуре материнской и перинатальной смертности [1, 2, 4]. Обычно это осложнение встречается после 20 недель гестации. Однако в последнее время отмечен рост частоты атипичных форм гестоза, в том числе, развивающихся в первой половине беременности [3].

Предлагается описание наблюдения сочетанного гестоза при беременности 15 недель.

Пациентка А., 25 лет, поступила в гинекологическую клинику больницы скорой медицинской помощи г. Смоленска 5 января 1999 года с жалобами на тошноту, рвоту, головную боль. Больна около суток.

Соматический анамнез: в 1983 г. перенесла болезнь Боткина, страдает вегетососудистой дистонией по смешанному типу. Из гинекологических заболеваний отмечает хронический сальпингоофорит.

Менструальная функция без особенностей. Половая жизнь в течение 5 лет, контрацепцию осуществляла барьерными методами. Настоящая беременность первая, желан-

ная, наступила сразу после отказа от контрацепции, протекала без осложнений. Пациентка состоит на диспансерном учете в женской консультации с 5 недель гестации, отклонений от нормы при клинико-лабораторном исследовании не выявлялось.

При поступлении в клинику 5 января состояние больной средней тяжести. Пульс 84 уд. в минуту, удовлетворительных качеств. АД 180/100 мм рт. ст. При акушерском исследовании: величина матки соответствует 15 неделям беременности, матка в нормальном тоне. При лабораторном исследовании выявлено увеличение концентрации фибриногена, АЛТ и АСТ, гипопропротеинемия до 50 г/л, протеинурия до 3,3 г/л, лейкоцитурия, цилиндрурия. Осмотр окулиста выявил ангиопатию сетчатки обоих глаз.

При ультразвуковом исследовании плода диагностирована одноплодная беременность, фетометрические показатели соответствуют 15 неделям гестации.

Экстренно проведены консультации смежных специалистов - реаниматолога, терапевта, нейрохирурга. Состояние больной расценено как сочетанный гестоз на фоне почечной патологии. Назначена седативная (реланиум в/м), гипотензивная (клофеллин, дибазол, папаверин в/м), антибактериальная (ампициллин в/м, фурадонин per os) терапия, эуфиллин в/в, коргликон. Однако, несмотря на проводимое лечение, артериальное

давление оставалось в пределах 170/100-190/100 мм рт. ст., сохранялись головная боль, тошнота, рвота. Имел место дефицит диуреза 900 мл. В связи с неэффективностью терапии больная была переведена в реанимационное отделение.

В 8 часов 30 минут 6 января состояние беременной ухудшилось: усилилась головная боль, снизилось зрение на правый глаз, появилась выраженная слабость. В биохимическом анализе крови отмечено увеличение концентрации фибрина (23 г\л) и фибриногена (5,75 г\л). Прогрессивно увеличивался дефицит ОЦК с 700 до 780 мл и снижался гематокрит с 32 до 28%. Консилиум в составе акушеров-гинекологов, терапевтов, реаниматологов расценил состояние пациентки как нефропатию на фоне гипертонически-нефротической формы гломерулонефрита. Учитывая тяжелое состояние женщины, неэффективность проводимой терапии, бесперспективность беременности, показано ее прерывание. В связи с опасностью одномоментного родоразрешения через естествен-

ные родовые пути (их неподготовленность, первая беременность, срок гестации 15 недель, тяжелое общее состояние пациентки) произведена лапаротомия и гистеротомия. Извлечен мертвый плод с признаками мацерации.

В послеоперационном периоде продолжалась комплексная терапия гестоза. Состояние больной с положительной динамикой: отмечено улучшение самочувствия, снижение АД до 150/100-130\80 мм рт. ст., уменьшение концентрации белка в моче с 2,6 г\л после операции до 0,099 г\л. Через 2 суток после операции показатели общего анализа мочи нормализовались, артериальное давление оставалось в пределах 130\80-120\70 мм рт. ст. К моменту выписки АД стабилизировалось на цифрах 110\70-120\70 мм рт. ст.

Рана зажила первичным натяжением, инфекционных осложнений не было. На 8 сутки после операции больная выписана из стационара.

Интерес представленного наблюдения заключается в необычно раннем появлении гестоза, его своевременной диа-

гностике и правильном лечении.

Литература:

1. Василенко Л.В., Лернер Л.А. Некоторые аспекты патогенеза и диагностики гестоза // *Вест. Росс. ассоциации акушеров-гинекологов*. 1999. № 2. С.98-101.
2. Савельева Г.М., Шалина Р.И., Панина О.Б., Курцер М.А. Гестозы (Патогенез, диагностика, терапия) // *Матер. Международ. Симпозиума «Актуальные вопросы диагностики, профилактики и лечения гестоза»*. Москва. 1998. С. 8.
3. Стрижова Н.В., Дюгеев А.Н., Заварзина О.О. Современные аспекты так называемых поздних гестозов // *Вест. Росс. ассоциации акушеров-гинекологов*. 1998. № 1. С. 84-87.
4. Фролова О.Г., Токова З.З. Поздний токсикоз как причина материнской смертности // *Матер. I-го Международ. Симпозиума «Новые подходы к терминологии, профилактике и лечению гестозов»*. Москва. 1997. С. 23.